Rok XXXVII. Kraków, 17. Grudnia 1898. Nr. 51.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Stosunek nauki medycyny sądowej do innych nauk lekarskich.

Wykład wstępny z medycyny sądowej

Docenta Dra **Włodzimierza Sieradzkiego,**

miany

dla uczniów Wydziału lekarskiego Uniwersytetu lwowskiego dnia 11 listopada 1898.

Panowie!

Wezwany przez Świetny Wydział lekarski do rozpoczęcia wykładów z medycyny sądowej na tutejszym Wydziale, staję poraz pierwszy przed Panami, świadomy obowiązków i trudności mego zadania. Powołać do życia nowy instytut naukowy, urządzić go zgodnie z obecnym postępem naszej umiejętności i prowadzić tak, by choć w części mógł dorównać tak świetnie prowadzonym innym zakładom lekarskim naszego Uniwersytetu, wpoić w Panów zasady tej nowej dla Was nauki i zachęcić do jej pielęgnowania i studyowania, pomnażać wreszcie własne doświadczenie i przysparzać wedle sił nowych zdobyczy dla tej gałęzi sztuki lekarskiej, oto treść mej przyszłej pracy, oto cel mych usiłowań!

Nie taję przed Panami, iż zadanie moje nie łatwe, ile że z natury rzeczy wynika, iż rozwój zakładu sądowo-lekarskiego zależy między innemi od przychylnego współdziałania wielu innych czynników zewnętrznych, stojących poza Uniwersytetem i odemnie niezależnych. Liczę jednak przedewszystkiem na łaskawe poparcie ze strony Świetnego Wydziału, na życzliwość innych sfer, będących w związku z rozwojem naszego zakładu, a przedewszystkiem na dobrą wolę i chęć ze strony Panów, których prawdziwą i istotną korzyść zawsze mieć będę na oku. Tą nadzieją ożywiony przystępuję z otuchą do mego zadania, pewny iż „per aspera“ dochodzi się „ad astra“.

W tym pierwszym wykładzie musimy się pokrótce zastanowić nad istotą naszej nauki, nad jej celem i znaczeniem, oraz nad związkiem, jaki istnieje między nauką medycyny sądowej, a innemi gałęziami umiejętności lekarskiej.

Jesteście Panowie na ukończeniu swych studyów medycznych, poznaliście budowę i czynności zdrowego ustroju ludzkiego, zaburzenia chorobowe różnych narządów, ich przyczyny, oraz sposoby ich wykazania i usuwania; każda nowa nauka i wszystkie nowe wykłady łączyły się konsekwentnie z poprzednimi i nie uczuwaliście nigdy trudności, by odpowiedzieć sobie na pytanie, co to jest za nauka, której obecnie się poświęcacie i w jakim celu jej się oddajecie. Sama bowiem już nazwa przedmiotu: fizyologia, anatomia patologiczna, choroby wewnętrzne, skórne, położnictwo itd. dała Panom dostateczną na wszystkie pytania odpowiedź. Nie tak rzecz się ma tym razem, w obecnej chwili. Obejmując już bowiem prawie całokształt wiedzy lekarskiej, wezwani jesteście do nowego studyum, do nauki medycyny sądowej, z której istoty i potrzeby nie możecie sobie zdać sprawy. Pierwszym i głównym celem studyum medycyny wogóle jest leczenie jednostki ludzkiej, dotkniętej jakąkolwiek chorobą i dlatego też, po odbyciu koniecznych studyów przygotowawczych, poświęcacie Panowie dla tego celu najwięcej pracy i czasu. Obok jednostki stoi jednakże społeczeństwo, to jest zbiór tych jednostek, które jako takie żąda od wiedzy lekarskiej usług, równie ważnych jak pierwsze, równie w skutkach błogosławionych. Ten cały dział medycyny, wymagany potrzebami społeczeństwa, obejmuje się nazwą medycyny publicznej. Początkowo stanowiąca jedną całość, rozpadła się medycyna publiczna, skutkiem ogromnego postępu i rozwoju nauk lekarskich, a wogóle nauk przyrodniczych, na dwa działy, t. j. higienę wraz z policyą sanitarną i medycynę sądową. Pierwsza z nich zajmuje się zdrowiem publicznem, dobrobytem tak fizyologicznym jak i moralnym ludności, a to badając wszystkie szkodliwości, jakie grożą zdrowiu całego społeczeństwa i szukając przeciwko nim środków zapobiegawczych; wyniki zaś swych badań zestawia w rozporządzeniach zdrowotnych, stanowiących tak zw. policyę sanitarną i przez to związaną jest z administracyą kraju i z ustawami, mającemi na celu tę ostatnią. Skutkiem olbrzymiego rozkwitu bakteryologii w ostatnich czasach, nauka ta objęła obecnie bardzo szeroki zakres i dlatego też słusznie oddzieloną została od medycyny sądowej.

Medycyna sądowa nie zajmuje się ani zdrowiem jednostki, ani zdrowiem społeczeństwa; zadaniem jej natomiast jest objaśnienie ze stanowiska lekarskiego wszystkich zdarzeń, zagadnień i wątpliwości, jakie nasuwają się władzom sądowym przy zastósowaniu i wykonywaniu prawa cywilnego karnego, a których wykonawca sprawiedliwości, nie posiadając wiadomości lekarskich, nie może sam bez tej pomocy należycie ocenić i zrozumieć. W danym razie służy medycyna sądowa i prawodawcy przy układaniu nowego prawa cywilnego i karnego. Spiesząc zatem w pomoc sprawiedliwości, jest ona tego rodzaju nauką lekarską, która zajmuje się zagadnieniami, tyczącemi się praw i obowiązków ludzi względem siebie, połączonych w społeczeństwo, a tem samem przyczynia się do utrzymania tych więzów.

Do wypełnienia swego celu dochodzi medycyna sądowa dwiema drogami: po pierwsze, czerpiąc z całokształtu nauk lekarskich, powtóre własnemi, specyalnemi badaniami, rozjaśniając nasuwające się i jej tylko właściwe zagadnienia. Korzystając z całości wszystkich nauk lekarskich, pozostaje

ona przez to samo w ścisłym z niemi związku i jest na wskróś nauką lekarską, pomimo odrębności swego ostatecznego celu.

Zakres spraw, w których lekarz spieszy ze swą wiedzą na usługi sądowi, jest nadzwyczaj rozległy i różnolity, skutkiem czego każda gałąź medycyny jest mu, jako znawcy sądowemu, pomocną w działaniu. Znaleziono w niezwykłem miejscu części kośćca: to anatomia łącznie z nauką o rozwoju uczy rozpoznać te kości jako ludzkie, wskazuje na ich rodzaj, nazwę, wiek i płeć osoby, do której należały, a medycyna sądowa, jako taka, dodaje ponadto całą naukę o rozkładzie zwłok, celem oznaczenia czasu, jaki upłynął od śmierci osoby, której zwłoki się bada; na podstawie osobnych zasad stara się stwierdzić tożsamość osoby, a nadto wyśledzić wszystkie dane, dozwalające wnioskować o przyczynie śmierci i towarzyszących jej okolicznościach.

Badanie krwi, rozpoczęte przez fizyologa, rozszerza i uzupełnia nasza nauka do najdalszych granic, celem wykazania obecności krwi w minimalnych śladach, co właśnie dla badań sądowo-lekarskich ma ogromne znaczenie. Zresztą korzysta ona w całej pełni, podobnie jak i inne nauki lekarskie, z podstawowych prawd, zdobytych nauką fizyologii, uciekając się nie rzadko do doświadczenia, przeprowadzonego na podstawie zasad tej umiejętności.

Z poważną pomocą spieszy medycynie sądowej nauka chemii i to do tego stopnia, iż z biegiem czasu wyodrębnił się nawet osobny dział chemii sądowej. Znajduje ona swe zastósowanie przedewszystkiem w przypadkach otrucia, a to łącznie z inną znowu nauką, mianowicie z toksykologią. Właściwe rozbiory chemiczne, w przypadkach zatruć, należą do zaprzysiężonych chemików sądowych, którymi mogą być i lekarze, posiadający odpowiednie kwalifikacye. Jednakowoż, na podstawie protokołu rozbioru, spisanego przez chemików, oraz innych danych, zebranych w śledztwie, wydaje z reguły lekarz znawca swoje orzeczenie na rozprawie głównej, orzeczenie, które jest ostateczną wskazówką i podstawą, na jakiej sędziowie wydają swój wyrok. Jasną jest zatem rzeczą, iż znawca powinien być świadomym całej czynności chemika, by mógł wytłómaczyć sędziom stan rzeczy, przedstawić pewność wyników i wyciągnąć ostateczne wnioski, a to, opierając swój wywód również na wyniku sekcyi, oraz na stwierdzonych śledztwem objawach klinicznych otrucia, którymi szczegółowo zajmuje się nauka toksykologii.

Na podstawie zasad chemii i toksykologii podaje medycyna sądowa osobne prawidła, jakie należy zachować w przypadkach sekcyi zwłok osób, podejrzanych o otrucie; zachowanie ich ułatwia w wysokim stopniu późniejszą czynność chemika, zaniedbanie może ją nieledwie udaremnić, a w każdym razie utrudnić. Dział toksykologii, tyczący się zmian anatomicznych w zwłokach osób otrutych, zawdzięcza swój rozwój głównie badaczom sądowo-lekarskim; a już zupełnie oryginalną zdobycz medycyny sądowej stanowi nauka o rozmieszczeniu trucizny w ustroju i o jej dyfuzyi pośmiertnej. Chemiczne zjawiska, toczące się wśród rozkładu zwłok, obchodzą przeważnie medycynę sądową; a niektóre z nich, jak powstawanie tak zw. alkaloidów trupich, posiadają dla niej doniosłe praktyczne znaczenie.

Z nauk przyrodniczych właściwych znalazła w ostatnich czasach poważne zastósowanie w badaniach sądowo-lekarskich historya naturalna, a to dzięki pracom francuskiego autora Méguina, dozwalającym z jakości fauny zwłok odpowiedzieć na wiele ważnych zagadnień, tyczących się czasu, przez jaki zwłoki spoczywały, środowiska, w którem się znajdowały itp. Znajomość botaniki, względnie histologii roślinnej wraz z farmakognozyą, dozwala przez zbadanie treści przewodu pokarmowego wykryć niejednokrotnie ciało trujące, wyprzedzając, uzupełniając, niekiedy nawet zastępując późniejszy rozbiór chemiczny; w innych zaś razach, określając jakość użytych pokarmów, może wyjaśnić niejeden szczegół ważny dla sądowego śledztwa.

Ścisły związek zachodzi pomiędzy naszą nauką a anatomią patologiczną; obie stwierdzają zmiany chorobowe w narządach, tłómaczą ich powstanie, związek pomiędzy sobą i znaczenie dla całego ustroju, a wreszcie określają ostateczną przyczynę śmierci. Do skarbca anatomii patologicznej dodaje jednak medycyna sądowa nadzwyczaj obszerny i ważny dział o śmierci gwałtownej, rozszerza i zgłębia naukę o śmierci nagłej naturalnej, a zajmując się szczegółowo zmianami, powstałemi na zwłokach skutkiem postępującego ich rozkładu, uczy je odróżniać od niekiedy bardzo podobnych zmian patologicznych. Do patologii ogólnej, z której dobytku czerpie pełną ręką, dorzuca medycyna sądowa wielce zajmujący i wielostronny rozdział o urazie, jako o przyczynie różnych chorób, aby wyniki tych badań zastósować na potrzeby ustawodawstwa.

Z nauk lekarskich klinicznych spieszy z pomocą medycynie sądowej przedewszystkiem nauka chirurgii, jako ta, która zajmuje się leczeniem wszelkich obrażeń cielesnych. Zasady chirurgii dozwalają zbadać i po lekarsku ocenić dane uszkodzenie; one uczą o przebiegu gojenia się ran, o wpływie ich na cały ustrój, o zaburzeniach i powikłaniach sprawy gojenia, a medycyna sądowa, opierając się na tem doświadczeniu klinicznem, podanem przez naukę chirurgii, uczy określać i oceniać obrażenia w myśl odnośnych ustępów ustawy, której to oceny żąda właśnie władza sądowa. Podobnie i inne nauki kliniczne, w szczególności nauka o chorobach wewnętrznych, skórnych, o chorobach oka i ucha, oddają swoje zdobycze na usługi medycynie sądowej, gdyż zagadnienia, z jakimi spotyka się nasza nauka, dotykać mogą wszystkich działów medycyny.

Na osobną wzmiankę zasługuje jednakże nauka położnictwa, z którą związek medycyny sądowej jest szczególniej ścisły. Cechy rozpoznawcze ciąży, przebytego mniej lub więcej dawno porodu, różnoraki przebieg porodu, poronienie i poród przedwczesny, śmierć płodu wśród ciąży i porodu itd. omawia wyczerpująco nauka położnictwa, a medycyna sądowa, korzystając w całej pełni z tych danych, buduje naukę o karygodnem spędzeniu płodu i o dzieciobójstwie, rozstrząsając w nich zagadnienia sobie tylko właściwe i nawskróś samoistne.

Nawet z doniosłych zdobyczy, które poczyniła w ostatnich czasach najmłodsza z nauk lekarskich, bakteryologia, korzysta niejednokrotnie medycyna sądowa, nie tylko z powodu, iż zawładnęły one prawie wszystkiemi dziedzinami medycyny, lecz również spożytkowują je do specyalnych badań sądowo-lekarskich, n. p. w kierunku stwierdzenia zakażenia rzeżączkowego, w przypadkach otruć zepsutemi pożywkami itd.

Jednym z najrozleglejszych i najważniejszych działów medycyny sądowej jest nauka o poczytności i rozporządzalności człowieka, objęta nazwą psychopatologii sądowej. Związ-

zana ściśle i wzniesiona na podstawie klinicznej psychiatryi, wymaga też i znajomości tej ostatniej i nawzajem ją uzupełnia. Gdy jednakowoż nauka o chorobach umysłowych z niezrozumiałych zaiste powodów jest wysoce upośledzoną na naszych uniwersytetach, nie włączona ani w zakres egzaminów, ani nawet obowiązkowych przedmiotów, gdy nadto, co gorsze, niektóre wydziały lekarskie nie posiadają wcale odpowiednich klinik, obejmuje medycyna sądowa obowiązek uzupełnienia tego dotkliwego braku w zawodowem wykształceniu lekarza i, chociaż w krótkości, przedstawia zarys pojedyńczych obrazów chorobowych, aby na tem tle rozwinąć właściwą swą naukę psychopatologii sądowej, która, mimo ścisłej łączności z psychiatryą kliniczną, pozostanie zawsze odrębną i wymagającą osobnych studyów nauką. Dotyka ona w ostatnich czasach tak bujnie rozkwitłej umiejętności, jaką jest antropologia kryminalna, o której również przystoi lekarzowi mieć choćby słabe wyobrażenie.

Jeśli do tego dodamy jeszcze, iż do medycyny sądowej należy ponadto wiedza o przewinieniach lekarskich formalnych i materyalnych, czyli tak zw. błędów w sztuce (Kunstfehler), widzicie Panowie, jak rozległe horyzonty obejmuje nasza nauka i w jak ścisłym pozostaje związku z całokształtem nauk lekarskich.

Po tem przedstawieniu rzeczy nasunąć się może Panom mniemanie, podzielane niestety jeszcze dotychczas przez niektórych lekarzy, iż medycyna sądowa, czerpiąc swe podstawy we wszystkich działach nauk lekarskich, nie ma właściwie warunków istnienia, jako nauka samoistna, że zatem, idąc konsekwentnie, każdy lekarz może być dobrym znawcą sądowym, chociażby nie odbywał osobnych studyów medycyny sądowej. Zapatrywanie to łatwo można obalić. Przechodząc w krótkości związek naszej nauki z innemi gałęziami lekarskiemi, wspominałem przy każdej z nich jakiś dział medycyny sądowej, który, wprawdzie spokrewniony z odpowiednią nauką lekarską, stanowi zupełną i odrębną własność naszej nauki i to nie tyle ze względu, iż powstał on dzięki pracom autorów sądowo-lekarskich, ile że nauka ta nie znajduje żadnego uwzględnienia ani zastósowania wreszcie nauk lekarskich. Nie słyszeliście nigdzie Panowie wśród Waszych studyów o śmierci z uduszenia, w szczególności o śmierci z powieszenia, zadzierzgnięcia, zadławienia itd., nie poświęcaliście Waszej uwagi sprawie rozkładu zwłok, sprawie zdolności lub niezdolności płciowej, sprawie poczytności i rozporządzalności, sposobom rozpoznawania przy sekcyi zwłok noworodka, czy ten urodził się żywo lub nie, sposobom odróżnienia samobójstwa od morderstwa, badaniu narzędzi i wogóle lic sądowo-lekarskich i bardzo wielu innym zagadnieniom, które właśnie dla medycyny sądowej są nadzwyczaj wielkiej wagi. Zbiór tych nauk, właściwych tylko medycynie sądowej, potrafi sam podnieść ją do rzędu prawdziwych umiejętności, godnych by im lekarz poświęcił pewną część swych studyów, a to tem bardziej, iż zakres tych zdobyczy w ostatnich czasach nieustannie a znakomicie się powiększa, dzięki pracom wielkich mistrzów naszej nauki, jak Orfila, Tardieu, Taylor, Casper, Maschka, Hofmann i ich następców, którzy wprowadzili ją na właściwe tory, mianowicie na drogę doświadczalną. Obok tego jednak jest medycyna sądowa sztuką i to sztuką zastósowaną, albowiem rodzaj i sposób, w jaki znawca musi spożytkowywać swe wiadomości, że się tak wyrażę, czysto lekarskie, na potrzeby sądownictwa, jest tego rodzaju, iż przyszły lekarz potrzebuje koniecznie osobnego studyum do nauczenia się i opanowania tej sztuki, podobnie, jak uczyć się musi sztuki leczenia, mimo iż zna obraz choroby z jednej, a ogólne działanie środków leczniczych — z drugiej strony. Trudność tej sztuki polega nie tylko na stronie formalnej, na tem, iż lekarz swoje czysto lekarskie zdanie musi przedstawiać władzy nie lekarskiej, a zatem tak, by ono było dla niej zupełnie zrozumiałem i nie tylko na tem, iż lekarz każde swoje spostrzeżenie musi umieć spisać tak dokładnie i sumiennie, by następnie inny znawca lub wyższa instancya sądowo-lekarska, jaką jest Wydział lekarski, mógł z tego protokółu wyciągać wnioski, lecz głównie w sposobie oceniania spostrzeżeń, w tak zw. kombinacyi sądowo-lekarskiej. Żadna czynność lekarska nie wymaga tak ścisłej logiki, takiej rozwagi w działaniu, jak czynność lekarza — znawcy sądowego. Wywody jego muszą wytrzymać pociski z różnych stron, wątpliwości sędziów, zarzuty oskarżyciela i obrońcy, krytykę opinii publicznej, a dlatego też muszą posiadać zawsze piętno prawdziwej i głębokiej wiedzy. Tej logiki, tej sztuki rozróżniania między pewnem, prawdopodobnem a wątpliwem nabrać można tylko przez sumienne studyum medycyny sądowej.

Zapytacie jednak Panowie, czy z drugiej strony medycyna sądowa nie stawia zbyt wielkich wymagań dla swych wykonawców, czy nie żąda uniwersalności lekarskiej, która, wobec dzisiejszego ogromu nauk lekarskich, nigdy nie może być prawdziwą i głęboką. Nie ulega wątpliwości, że dobry znawca sądowy powinien być ogólnie po lekarsku wykształconym, że powinien posiadać większy zakres wiadomości, szczególniej teoretycznych, od przeciętnego; ale właśnie zaletą dobrego znawcy sądowego jest, gdy wie, kiedy wezwać do pomocy i porady fachowego specyalistę, lub odpowiednie grono naukowe, kiedy wogóle uznać się niekompetentnym do wydania stanowczego sądu w danej sprawie. Nauka medycyny sądowej podaje i pod tym względem pewne prawidła i przepisy dla znawcy; sama zresztą, jako taka, odpowiada na niejedno zagadnienie krótko: „niewiem“, a sokratesowska ta odpowiedź w niczem nie uwłacza ani samej umiejętności, ani tem bardziej wiedzy i zawodowi znawcy, który we właściwym przypadku użył tej odpowiedzi. Aczkolwiek więc wielostronnym jest zakres spraw, w jakich sąd wzywa znawcę do wydania swej opinii, to jednak, na podstawie ogólnego wykształcenia lekarskiego, oraz zasad nabytych przez sumienne studyum medycyny sądowej, znawca może spełnić swój trudny zawód ze znakomitym skutkiem, i z prawdziwym pożytkiem dla społeczeństwa. Nie poruszam na razie sprawy, jakiem powinno być owo sumienne studyum medycyny sądowej, któreby dało lekarzowi istotnie zasłużony tytuł dobrego znawcy; w ciągu tych wykładów, przedewszystkiem jednak po omówieniu całości przedmiotu w końcu półrocza, przedstawię Panom „postulata“ w tym kierunku, a wtedy Panowie łatwiej je zrozumiecie.

Znaczenie medycyny sądowej nie ustępuje w niczem znaczeniu innych gałęzi lekarskich. Jak tamte mają przedewszystkiem za cel zdrowie ludzkie, ten istotny skarb człowieka, tak medycyna sądowa stoi na straży równie drogich mu praw: wolności, mienia, czci, a nawet i życia. Jeżeli pomoc przy wykryciu zbrodniarza stanowi już prawdziwą

zasługę względem społeczeństwa, o ileż więcej jaśnieje istotna godność medycyny sądowej, gdy na podstawie swych zasad potrafi wydobyć na jaw niewinność człowieka niesłusznie lub złośliwie posądzonego o czyn karygodny. Choćby zdarzyło się to raz na lat pięćdziesiąt, zasługuje już nauka medycyny sądowej na to, by lekarz z zapałem oddał się jej, by w ten sposób w zupełności spełnił to humanitarne powołanie, jakie mu wskazuje jego zawód. Nie mogę tu pominąć milczeniem praktycznej strony tego studyum. Przedewszystkiem każdy lekarz, choćby się nie chciał zajmować zawodem znawcy sądowego, jest zmuszony wedle obowiązujących ustaw spieszyć z pomocą sprawiedliwości na wezwanie sędziego; każdemu więc w pewnych razach może być potrzebną i przydatną ta nauka. Ważniejszym jednak jest ten wzgląd, iż na prowincyi zazwyczaj lekarz sam stara się o ten rodzaj praktyki, gdyż stanowi on dla niego nie tylko poważne źródło materyalne, ale wyrabia mu uznanie, a nawet rozgłos w oczach publiczności. Orzeczenie lekarskie, czy to pisemne czy ustne, znane jest całemu szeregowi ludzi inteligentnych, a istotna i ścisła wiedza, bijąca z niego, musi zwrócić na lekarza uwagę. Z drugiej strony brak znajomości medycyny sądowej staje się niejednokrotnie lekarzowi prowincyonalnemu powodem złej opinii i często zupełnie niezasłużonego posądzenia o brak wiedzy lekarskiej w innym kierunku. Przypominam sobie słowa wypowiedziane „ex cathedra“ przez jednego z mych doświadczonych mistrzów, że znajomość położnictwa i medycyny sądowej stanowi o losie lekarza prowincyonalnego. Wzgląd ten przytoczyłem na samym ostatku, jako natury czysto praktycznej i materyalnej; sądzę jednak, iż z jednej strony zajmująca treść naszego przedmiotu, z drugiej wysoki i chlubny cel tej nauki skłoni Panów do chętnego słuchania tych wykładów, do pospieszenia mi z pomocą w tem usiłowaniu, by z Wydziału lwowskiego stworzyć nowe ognisko, zkądby rozchodzili się dobrzy i pożyteczni dla społeczeństwa znawcy sądowi. To leży przeważnie w rękach Waszych i o to Was proszę, Panowie!

II. **Z oddziału położniczego szpitala św. Łazarza w Krakowie, pod kierunkiem prof. Dra A. Marsa.**

O zmniejszaniu pojemności główki poprzedzającej z następowem wydobywaniem płodu.

napisał

Dr. Franciszek Kośmiński.

(Dokończenie).

Przechodząc do dalszej czynności przy zmniejszaniu pojemności główki, to jest wymóżdżenia, zaznaczyć muszę, iż zniszczenie i usunięcie prawie doszczętne mózgu wykonać można znacznie prędzej, wygodniej, lepiej a nadewszystko doszczętniej, dokładniej, za pomocą dużej łyżki, aniżeli przez ogólne, dziś w tym celu używane, wypłókanie mózgu zapomocą prądu płynu ze strzykawki. Przez to dokładne zniszczenie i usunięcie mózgowia pole operacyjne przy wydobywaniu główki pozostaje wolne od części mózgu, a dalej uniknąć możemy na pewne tych tak bardzo przykrych przypadków, w których po wydobyciu płód daje jeszcze wyraźne znaki życia.

Zamiast używania kranioklastu, wprowadzanego pod kontrolą ręki, zakładam pod kontrolą wzroku na odsłonięte części główki, w celu pociągania, kilka par mocnych szczypczyków, ujmując kości główki wraz z częściami miękkiemi. Zarzut możliwy, że szczypczyki te łatwiej będą się wyrywać, aniżeli przy pociąganiu za kranioklast, jest nie słusznym.

Według zasad fizyki, narzędzie, w równych zresztą warunkach, tem mocniej trzyma, im większą powierzchnię chwyta, czyli im na większej powierzchni rozdzielimy siłę przyczepienia. Otóż kranioklast trzyma szeroko, ale tylko w jednem miejscu, podczas gdy szczypczyki, założone w różnych punktach główki, działają niewątpliwie na szerszej przestrzeni. Dlatego to, przy silnem pociąganiu za dobrze założony kranioklast, łyżki kranioklastu nie ześlizgują się i nie zesuwają z ujętych kości, lecz wyrywają się wraz z kawałkami lub pojedynczymi kośćmi główki, a to z powodu, że kranioklast trzyma wprawdzie dobrze, ale kości ujęte łyżkami kranioklastu są stosunkowo do siły z jaką pociągamy, za słabo połączone z resztą główki. Jeżeli zaś założymy kilka par szczypczyków na kilku różnych kościach główki i zaczniemy za nie pociągać równocześnie, to będziemy mogli pociągać główkę płodu w całości z taką samą lub nawet większą siłą, zależnie od tego, ile kości ujęto, jak przy pociąganiu zapomocą kranioklastu. Siła bowiem, z jaką pociągamy, rozkłada się w pierwszym przypadku na kilka kości główki, podczas gdy w drugim pociąga się tylko za kości tej strony główki, po której kranioklast jest założonym. Użycie zaś szczypczyków jest nie tylko wygodniejsze i łatwiejsze, aniżeli wprowadzenie wielkiego i ciężkiego narzędzia, jakiem jest kranioklast lub kefalotryb, lecz postępowanie to posiada nadto tę zaletę, że zakładając na główkę szczypczyki pod kontrolą wzroku, nie potrzebujemy wprowadzać do dolnego odcinka macicy ani rąk ani też narzędzi. W ten sposób unikamy możliwego przeniesienia nieprawidłowej często wydzieliny z pochwy do macicy, a nadto nie rozciągamy dolnego odcinka macicy jeszcze więcej, tak jak to się dzieje przy zakładaniu kranioklastu lub kefalotrybu.

Tak przy silnem pociąganiu za szczypczyki, jako też i za kranioklast, mogą się jednak całe kości lub tylko kawałki kości główki niewątpliwie wyrywać. Gdy jednak przy pociąganiu za kranioklast odszczep kości wraz z narzędziem może się nagle oderwać i przechodząc przez przewód rodny sprowadzić często nawet bardzo znaczne obrażenia, to przy pociąganiu za kilka par szczypczyków równocześnie takie nagłe wyrwanie się jest niemożliwe. Trudno bowiem nawet przypuścić, aby wszystkie szczypczyki w jednej chwili równocześnie się wyrwały wraz z kawałkami kości. Gdy zaś, trzymając razem, pociągamy za wszystkie szczypczyki, to pomimo, że jedne z nich będą się wyrywać, drugie nie pozwolą się im wysunąć i przejść nagle z odłamkiem kości. A więc przy użyciu szczypczyków możemy bezwarunkowo łatwiej uniknąć obrażeń, aniżeli przy użyciu kranioklastu.

W przypadkach, w których istnieje znaczniejszy niestosunek porodowy i w których samo pociąganie za pomocą kranioklastu, po otwarciu jamy czaszki i wymóżdżeniu, nie prowadzi do celu, radzą jedni wykonać zmiażdżenie główki za pomocą kefalotrybu, inni wreszcie usuwają pojedyncze kości główki. Pominąwszy trudności, jakie wynikają z ope-

rowania na ciemno, zwłaszcza gdy będziemy operować tak wielkiemi i ciężkiemi narzędziami, jakiemi są kefalotryb i kranioklast, których działania wewnątrz niepodobna dostatecznie kontrolować, największą korzyść z używania szczypczyków i kawałkowania główki pod kontrolą wzroku upatruję w tem, że dolny odcinek macicy przy takiem postępowaniu wcale nie jest na uraz narażony. Gdy zaś weźmiemy pod uwagę, jak cienką, a często nieprawidłowo nawet zmienioną, kruchą może być ściana dolnego odcinka macicy podczas długo przeciągającego się porodu, to przyznać musimy, iż wprowadzonie ręki i znacznych bądź co bądź rozmiarów narzędzi obok główki, jest w takich przypadkach rzeczą nie obojętną, której lekceważyć nie można. Na tę okoliczność zwracają też poniekąd uwagę zwolennicy kranioklastu, mówiąc o działaniu kefalotrybów, przy czem kładą nacisk na to, że po uchwyceniu główki i pociąganiu na pomocą kefalotrybu w kierunku ku dołowi, gdy więc rękojeści narzędzia będziemy kierować ku kości krzyżowej, łyżki narzędzia wraz z główką, wypuklające mocno przednią ścianę macicy, mogą sprowadzić pęknięcie.

Rzecz sama, to jest możliwie największe zmniejszenie pojemności główki i wydobycie płodu, pozostaje jedną i tą samą, czy je wykonamy przez dokładne o ile możności zmiażdżenie główki za pomocą kefalotrybu lub narzędzia złożonego Auvarda-Zweifla, czy też przez usunięcie kości główki kranioklastem, czy przy pomocy narzędzi podanych przez Lazarewitscha lub Bayera, posługując się przy wykonywaniu wszystkich tych zabiegów tylko dotykiem i operując w zakresie dolnego odcinka macicy, czy wreszcie postępując jak poprzód opisałem. Jeżeli jednak mamy do wyboru różne sposoby do osiągnięcia tego samego celu, to wybieramy zawsze ten, który jest najbezpieczniejszym i najwięcej łagodnym zabiegiem. Gdy przed półtora rokiem podałem opis wykonywania niektórych operacyj położniczych przy użyciu wzierników, zastrzegłem się że nie twierdzę, iż postępowanie takie we wszystkich przypadkach ściśle przeprowadzić będzie można i że dopiero rzeczą dalszego doświadczenia będzie wykazać, w jakich przypadkach może być z korzyścią stósowane, a w jakich nie doprowadzi do celu. Obecnie, na podstawie dawniej opisanych i dziesięciu nowych powyżej przytoczonych przypadków zmniejszenia pojemności główki i wydobycia płodu, sądzę, że mam podstawę do wypowiedzenia dalszych kilku uwag.

Przedewszystkiem uważam postępowanie, jakiego obecnie używam, za teoretycznie zupełnie uzasadnione, gdyż w ten sposób nie wprowadza się ani ręki ani też narzędzia do dolnego odcinka macicy, a więc uniknąć możemy dalszego rozciągania i urazu tej części przewodu rodnego i przeniesienia bardzo często nieprawidłowej treści z pochwy do macicy. Dalej, pouczyło mnie doświadczenie, że w praktyce zmniejszenie pojemności główki poprzedzającej i wydobycie płodu w sposób powyżej podany nie tylko przeprowadzić się daje, ale że zabieg ten, w porównaniu z dotychczas ogólnie przyjętym sposobem postępowania, jest znacznie łatwiejszym. Tylko temu, kto będzie w ten sposób po raz pierwszy operował, może się ten zabieg wydać trudniejszym wobec postępowania, do którego już przywykł. Wreszcie sądzę, że postępowanie to może być z korzyścią stósowane nawet w przypadkach bardzo znacznego niestosunku porodowego, a w przypadkach tych, w którychby nie można było dojść do celu przez kawałkowanie główki płodu i inne sposoby postępowania zawiodą. Z tych powodów należałoby, mojem zdaniem, w każdym przypadku zmniejszenia pojemności główki poprzedzającej i wydobycia płodu, starać się wykonać je w ten sposób, jak go powyżej opisałem, gdyż postępowanie takie jest najłagodniejszym zabiegiem dla rodzącej.

W końcu chciałbym jeszcze wspomnieć o przeprowadzeniu barków płodu wobec bardzo znacznego niestosunku porodowego.

Po wydobyciu zmniejszonej główki często bardzo barki płodu stanowić mogą przeszkodę do ukończenia porodu. W takich przypadkach jedni radzą otworzyć klatkę piersiową od strony szyi płodu, następnie zaś założyć kranioklast na kręgosłup i w ten sposób starać się płód wydobyć, albo też, po otwarciu klatki piersiowej, wypróżnić ją naprzód. Ribemont-Dessaignes zaleca w takich przypadkach wydobyć najpierw jedną rączkę płodu, a potem drugą, w razie potrzeby po poprzedniem złamaniu kości ramienia, a potem dopiero starać się przeprowadzić barki. W razie gdy niema miejsca do ściągnięcia rączek płodu, radzą również naprzód wykonać otwarcie klatki piersiowej i wytrzewienie. Ponieważ przy przejściu barków główną przeszkodę stanowi bezsprzecznie kościec, przeto Herff zalecił w takich przypadkach wykonanie przecięcia obojczyka i kilku górnych żeber, poczem górna część klatki piersiowej się zapada, a objętość barków bardzo znacznie się zmniejsza. Następnie zalecili takie postępowanie Phänomenoff i Knorr, którzy radzili przeciąć oba obojczyki, a dalej Strassmann, który osiągnął już po przecięciu jednego obojczyka zamierzony skutek.

W pierwszym z powyżej przytoczonych przypadków wydobyto obie rączki, a potem dopiero przeprowadzono barki płodu. Zabieg taki może być często bardzo trudnym i mozolnym. W dalszych trzech przypadkach, w których po wydobyciu zmniejszonej główki barki płodu stanowiły znaczną przeszkodę porodową, wykonano przecięcie górnej części klatki piersiowej wzdłuż osi podłużnej płodu. W dwu przypadkach, to jest trzecim i piątym, przecięto klatkę piersiową z przodu, w dziewiątym zaś z tyłu, a to z powodu, iż ta część płodu była najwięcej dla operującego dostępną. W miarę przecinania klatki piersiowej we wszystkich trzech przypadkach barki obniżały się, a po przecięciu pewnej części, wydobycie płodu nie przedstawiało żadnych trudności.

Dla uchronienia części miękkich rodzącej i uniknięcia wprowadzania ręki do przewodu rodnego, przecinałem klatkę piersiową zawsze po odsłonięciu za pomocą wzierników pod kontrolą wzroku. Przecięcie za pomocą mocnych nożyc, służących do kawałkowania główki, było zawsze bardzo łatwem, a nastawianie w polu operacyjnem dalszych części klatki piersiowej, przy ściąganiu za pomocą szczypczyków dwuzębnych, ułatwiało znakomicie zabieg, który w przeciągu trzech do pięciu minut łatwo można było zawsze wykonać. Z tych powodów uważam przecięcie klatki piersiowej w przypadkach, w których barki płodu stanowią znaczną przeszkodę porodową, za postępowanie najprostsze, najprędzej prowadzące do celu, a dla rodzącej najłagodniejsze. Ponieważ zaś w przypadku, w którym przecinałem klatkę piersiową z tyłu, otrzymałem również wynik najzupełniej zado-

walniający i natychmiastowy, przeto sądzę, że nie należy starać się koniecznie przecinać klatkę piersiową z przodu, co niekiedy może być trudniejszem, lecz że należy przecinać w miejscu najwięcej dostępnem, a więc tam, gdzie dla operatora jest najwygodniej. Przypadki powyżej podane nauczyły mnie i w tych razach cenić również użycie wzierników. Po odsłonięciu bowiem odpowiedniej części klatki piersiowej, przytrzymaniu i ściągnięciu jej za pomocą założonych szczypczyków, można było zawsze operować szybko, śmiało i wygodnie.

Jak z tego przedstawienia rzeczy wynika, daleki jestem od tego, abym sobie wyłącznie przypisywał stworzenie nowych sposobów operacyjnych. Pragnąłem tylko nasze dotychczasowe zabiegi operacyjne położnicze wprowadzić na tor postępowania więcej zasadom chirurgii odpowiadającego, a do tego posłużyły mi różne sposoby, które pojedyńczo były podane. Zdaje mi się, że przez stósowne połączenie różnych sposobów, podanych w celu zmniejszenia główki poprzedzającej i wydobycia płodu, udało mi się obecnie złożyć metodę, którą miałem sposobność wypróbować na kilkunastu przypadkach i według której prawdopodobnie już dalej operować będę. Na podstawie bowiem mojego dotychczasowego doświadczenia sądzę, że zabieg, mający na celu zmniejszenie pojemności główki poprzedzającej, wykonany tak jak go opisałem, będzie zawsze łatwiejszym w wykonaniu, a przedewszystkiem zabiegiem łagodniejszym i bezpieczniejszym dla rodzącej, aniżeli dotychczas ogólnie przyjęte i polecane sposoby postępowania.

Według metody tej, przyjętej w krakowskiej Szkole położnych, operowano zawsze z bardzo dobrym wynikiem w przeciągu dwu ostatnich lat we wszystkich bez wyjątku przypadkach, w których było wskazanie do zmniejszenia pojemności główki. Innych sposobów nie używano. Z tego powodu tem śmielej i goręcej polecam obecnie kolegom zawodowym podany sposób postępowania, w celu dalszego wypróbowania.

III. **Stopa szpotawa wrodzona.**

(Rzecz opracowana na podstawie 50 przypadków własnych).

Podał

Dr. H. Schramm,

docent chirurgii w Uniw. lwowskim.

(Ciąg dalszy).

Od chwili, gdy dziecko zaczyna stawać, ciężar ciała, działający na stopę fałszywie ułożoną, potęguje jej zboczenie; to też u starszych z wrodzoną stopą szpotawą znajdujemy wszystkie opisane zmiany rozwinięte w wyższym stopniu. Stopa przybiera coraz bardziej położenie supinacyi i bardzo często dochodzi do tego, że już nie zewnętrzny brzeg, lecz jej grzbiet dotyka ziemi; wskutek tego powstają na skórze odciski, często nawet wytwarza się między nią a kością rodzaj torebki mazistej. Zmiany w kościach również się potęgują, szczególnie szyja kości skokowej wygina się coraz bardziej ku wewnątrz i ku dołowi, brzeg jej zewnętrzny nadmiernie się wydłuża, wewnętrzny się skraca, kość czółenkowata przesuwa się jeszcze więcej ku wewnątrz i na dół często dotyka bezpośrednio kostki wewnętrznej. Również i zmiany kości piętowej coraz się powiększają; wyrostek przedni zwraca się bardziej na wewnątrz, wyrostek piętowy skręcony około swej osi podłużnej i prawie klinowato spłaszczony. Wskutek utrudnionej ruchomości w stawach chód traci swą sprężystość, pacyent chodzi jakby na szczudłach, mięśnie podudzia zanikają, podudzie przybiera kształt walcowaty. Dla utrzymania równowagi i zyskania większej płaszczyzny oparcia musi pacyent skręcać całą kończynę mocno na wewnątrz, wskutek czego chodzenie i ruchy w stawach kolanowych są utrudnione, a poruszanie jednej kończyny przed drugą odbywa się tylko zapomocą ruchów łukowatych w stawie biodrowym. Z powodu ciągłego i prawie stałego skręcenia całej kończyny na wewnątrz tylko przednia wewnętrzna część główki kości udowej przylega i odbywa ruchy na odpowiedniej części panewki, a tylna zewnętrzna część jej powierzchni stawowej wskutek nieużywania powoli wyrodnieje; nadto wskutek ciągłego ucisku ciężaru ciała na wewnętrzną część panewki przychodzi z czasem do zwężenia miednicy. W celu przeniesienia punktu ciężkości w tył tak, aby padał między stopy, człowiek chodzący na stopach szpotawych, musi się trzymać bardzo prosto, nawet nieco w tył pochylony; miednica przybiera położenie więcej pionowe a dla wyrównania tego zboczenia wytwarza się garb z przodu (lordosis) w części lędźwiowej stosu kręgowego. Dla wytworzenia się zmian tych szczegółowo badanych i opisanych przez H. Mayera, potrzeba naturalnie długiego czasu; znajdujemy je więc u ludzi dorosłych z stopami szpotawemi. W moich przypadkach, tyczących się tylko dzieci, stwierdzić mogłem, zmiany na skórze stopy, pochodzące z ucisku, u wszystkich 20 dzieci, liczących powyżej roku, a między temi u 6 wyżej lat 3 były wybitne torebki maziste pod odciskami skóry, a tylko u 3, liczących powyżej lat 10, widoczny był zanik mięśni podudzia, szczególnie u 12 letniego chłopca z jednostronną lewą stopą szpotawą. W przypadku tym różnica między dobrze rozwiniętą łydką prawą, a cienką lewą, była bardzo uderzająca.

Rozpoznanie kliniczne stopy szpotawej nie ulega żadnej trudności i po tem, co dotychczas powiedziałem, nie potrzebuję się nad niem rozwodzić. Jedyną trudnością, jeżeli dziecko jest trochę starsze, może być rozstrzygnięcie, czy wada ta jest wrodzona, czy nabyta z powodu porażenia mięśni podudzia i stopy. Jako główne i charakterystyczne punkta rozpoznawcze uważać należy położenie kości piętowej; w przypadkach wrodzonych jest ona zbliżona do kostki zewnętrznej i pozostaje z nią w ścisłym związku; w przypadkach zaś porażennych, nabytych, kość piętowa leży dokładnie w środku między obiema kostkami, lub nawet jest od kostki zewnętrznej oddaloną; szyja kości skokowej w przypadkach wrodzonych jest zawsze mocniej ku wewnątrz wygięta, niż w nabytych, dlatego to i addukcya stopy nie jest tak wybitna, a z nią i fałd prostopadły na podeszwie mniej wyraźny, niż w przypadkach wrodzonych. Natomiast stopie szpotawej porażennej nabytej właściwem jest skurczenie palców, a zwłaszcza dużego ku podeszwie i pod palec drugi (Hoffa). Dolna część piszczela jest przy stopie szpotawej wrodzonej najczęściej skręcona ku wewnątrz i kostka zewnętrzna przesunięta ku przodowi; w nabytych bez wyjątku skręcenie to jest na zewnątrz. Wrodzona stopa szpotawa jest najczęściej obustronna, nabyta zaś najczęściej po stronie jednej; przy wrodzonej jednostronnej druga stopa

jest prawie zawsze prawidłowa, wyjątkowo tylko znajdujemy stopę koślawą lub płaską; przy nabytej połączenie to należy prawie do reguły. W przypadkach porażennej nabytej stopy szpotawej mięśnie podudzia ulegają szybko zanikowi; podudzie jest zatem mocno wychudłe, stopa chłodniejsza i sinawa; badanie prądem elektrycznym wykaże zanik pobudliwości w jednym, lub częściej w kilku mięśniach. Kończyna przy dłuższem trwaniu choroby jest krótsza w porównaniu z drugą; zmiany, których nie spotykamy przy stopie szpotawej wrodzonej. Rokowanie przy tem cierpieniu jest o tyle niekorzystne, że wada ta nie leczona nie ustępuje nigdy. Wprawdzie Young opisuje przypadek samoistnego wyleczenia się obustronnej stopy szpotawej w ciągu lat kilkunastu u murzyna (zatem rasy, u której odwrotne zboczenie, to jest stopa płaska, należy prawie do reguły), przypadek ten jednak również jak i drugi, przytoczony przez Holtza, należy do takich rzadkości, że nie można ich brać zupełnie w rachubę. Z drugiej strony jednak rokowanie w tem cierpieniu jest o tyle dobre, że przy stósownem leczeniu możemy je prawie zawsze usunąć i doprowadzić stopę do stanu prawidłowego, lub przynajmniej takiego, że chory może używać kończyny zupełnie dobrze. Rokowanie nie we wszystkich przypadkach jest jednakowe i zależy po pierwsze od czasu, w którym się leczenie zaczyna. Najlepsze jest, jeżeli dziecko poddane zostanie odpowiedniemu leczeniu zaraz, lub w pierwszych tygodniach po urodzeniu. Wprawdzie niektórzy z chirurgów, jak Volkmann i Hueter polecali, aby z leczeniem stopy szpotawej wstrzymać się, aż dziecko dojdzie do roku. Z nowszych autorów w tym przedmiocie podziela to samo zapatrywanie np. Temming, a Duval wypowiada zdanie, aby tenotomii i leczenia przyrządami nie wykonywać przed 16 miesiącami życia dziecka. Przeważna jednak część chirurgów w nowszych czasach jest zdania, że leczenie należy rozpoczynać jak tylko się przekonamy, że dziecko, które przyszło na świat z stopami szpotawemi, jest zdolne do życia. Spostrzeżenie Brodhursta, Kirmissona, Boquela, Königa, Hoffy, Wrighta, Kraussa i Nassego przekonały, że im wcześniej się leczenie rozpocznie, tem lepsze jest rokowanie, co do prędkiego i zupełnego usunięcia tego cierpienia; a opierając się na spostrzeżeniach własnych w szpitalu św. Zofii, jak i w praktyce prywatnej (razem 66 przypadków), mogę zupełnie potwierdzić zdanie Wolffa, że dla osiągnięcia tego samego wyniku u dziecka rocznego potrzeba cztery razy tak długiego czasu, jakiego wymaga leczenie dziecka 3-miesięcznego.

W 12 przypadkach z praktyki prywatnej, objąwszy leczenie w tydzień po urodzeniu się dziecka, mogłem w przeciągu 3—4 miesięcy doprowadzić stopy, nawet w wysokim stopniu szpotawe, do stałego położenia prawidłowego. U tak małych dzieci bowiem i kości i części miękkie są o wiele podatniejsze, opór ich łatwiej da się pokonać; przy ostrożnem stosowaniu odpowiedniego leczenia szkody żadnej dziecku wyrządzić nie można, a bardzo ważną jest rzeczą, aby doprowadzić stopy do prawidłowego położenia, zanim dziecko zacznie stawać, a tem bardziej chodzić; pomijając już bowiem tę okoliczność, że przez kilkanaście miesięcy życia tkanki stają się więcej oporne, to pamiętać należy, że od chwili, gdy dziecko zaczyna stawać, ciężar ciała, działający na wadliwie ustawione stopy, powiększa ich zniekształtnienie, a następowe usunięcie tego musi się stać o wiele trudniejsze. Zasada więc, aby dziecko urodzone z stopą szpotawą jak najwcześniej poddać leczeniu, powinna zyskać jak najogólniejsze rozszerzenie; obecnie jeszcze bowiem zbyt często zdarzały mi się przypadki, w których rodzice dziecka utrzymywali, iż z porady nawet lekarskiej zwlekali z leczeniem, aż dziecko więcej się rozwinie i wzmocni.

Drugim czynnikiem, wpływającym na rokowanie przy stopie szpotawej wrodzonej, jeżeli już nie co do wyniku leczenia, to przynajmniej co do czasu jego trwania, jest sama postać stopy szpotawej. Nie ulega bowiem wątpliwości, że różne przypadki, nawet w tym samym okresie życia dziecka w leczenie objęte, są przecie różnie oporne na zabiegi lecznicze. W jednych zboczenie stopy daje się łatwo wyrównać i stopę w prawidłowem położeniu utrzymać; w innych, by doprowadzić do tego samego wyniku, trzeba i więcej czasu i ważniejszych zabiegów i nawrót łatwiej następuje. Hartley rozróżnia 3 stopnie stopy szpotawej według tego, czy zboczenie daje się łatwo usunąć siłą ręki, czy udaje się to tylko z trudnością, czy wreszcie, w 3. stopniu, jest całkiem niemożebne. Według mego doświadczenia na rokowanie wpływa obok mniej lub więcej wybitnej addukcyi i supinacyi, także większy lub mniejszy stopień skręcenia dolnej części piszczela na wewnątrz, gdyż to zboczenie właśnie powoduje, że stopy, nawet po doprowadzeniu ich do kształtu prawidłowego, zachowują dążność do skręcania się na wewnątrz, co znów ułatwia powrót cierpienia i zmusza do długiego noszenia przyrządów ortopedycznych.

W każdym razie pamiętać o tem należy i uprzedzić rodziców dziecka z góry, że leczenie stopy szpotawej rozciągać się musi na miesiące, że zawczesne przerwanie leczenia pociąga za sobą prawie zawsze powrót choroby. Z tego też powodu na rokowanie wpływa także po części i społeczne położenie rodziców; u ludzi biednych, nie mających środków, czasu, a często i inteligencyi dosyć, by wytrwać w leczeniu dziecka, wyniki są gorsze; przekonuję się o tem sam, porównując ostateczne wyniki leczenia w przypadkach szpitalnych i w przypadkach z praktyki prywatnej. W pierwszych, na 50 leczonych dzieci, mogłem się po wielu trudach dowiedzieć o ostatecznym wyniku, t. j. po upływie 2—10 lat po wyjściu ze szpitala, o stanie nóg leczonych u 28 dzieci. Badanie to wykazało niestety, że u 13 z nich, prawie 50%, wystąpił nawrót zawsze i jedynie z powodu zawczesnego zaprzestania leczenia, a względnie nie zgłoszenia się ponownego do szpitala, w chwili, gdy usunięte zboczenie zaczęło się znów pojawiać.

W 16 przypadkach z praktyki prywatnej ostateczne wyniki były, z wyjątkiem jednego, bardzo dobre. Dzieci te, liczące obecnie już po 3, względnie 15 lat, zatem po upływie 2, względnie 10 lat po leczeniu, wszystkie oglądałem albo sam, albo dowiadywałem się o nie listownie. U 10 stwierdzono nogi prawie zupełnie prawidłowe, u 6 istnieje mały stopień addukcyi, nie przeszkadzający do chodzenia. Jedyny wyjątek stanowi dziewczynka, wówczas 8-letnia, u której, z powodu wysokiego stopnia stopy szpotawej, wykonałem w roku 1887 obustronnie wyjęcie kości skokowej. Pozostawała ona w mojem leczeniu przez pół roku; stopy, mimo operacyi, były jeszcze nieco w położeniu addukcyi, chodzenie jednak w przyrządach było wcale dobre. Potem dziecko znikło mi z oczu. Na zapytanie moje o stan nóg dziecka przed rokiem, zatem w 10 lat po operacyi, donieśli mi ro-

dzice, że cierpienie wróciło prawie do pierwotnego stanu, a chód jest bolesny i mozolny.

Za wyleczone uważam te przypadki, w których, zgodnie z zapatrywaniem H o f f y i N a s s e g o, kształt stopy, z wyjątkiem może nieznacznego skrócenia, był zupełnie prawidłowy, w których dziecko staje na podłodze całą podeszwą tak, że odcisk stopy na okopconym papierze nie różni się prawie od odcisku stopy dziecka prawidłowego tego samego wieku, w których stopa, pozostawiona bez żadnego podparcia, pozostaje w pronacyi, w których dziecko jest w stanie samowolnie przechylić ją z supinacyi w pronacyę na dowód, że i mięśnie nawrotne prawidłowo działają, wreszcie w których dziecko jest w stanie zgiąć stopę do kąta prostego, może stanąć na końcach palców i przykucnąć, podczas gdy stopy dotykają ziemi całą podeszwą. *(Figura 5).*



(Fig. 5).

Leczenie stopy szpotawej wrodzonej wymaga wiele cierpliwości tak ze strony lekarza, jak i rodziców dziecka, jeżeli ma doprowadzić do pomyślnego wyniku; lekarz, obejmujący takie dziecko w swą opiekę, powinien uprzedzić rodziców, że zawczesne przerwanie leczenia spowoduje na pewne powrót zboczenia, a cały poprzedni trud i mozół będzie stracony. Na odwrót: lekarz powinien sobie wziąść za zadanie, aby małego pacyenta nie tracił z oka i mimo udzielenia dokładnych wskazówek rodzicom co do dalszego postępowania lub względnie dalszego zakładania przyrządów, odwiedzał go często, by zawczasu poprawić braki i usterki w postępowaniu, często wynikające ze źle zrozumianej czułości rodziców dla dziecka.

Już poprzednio powiedziałem, że leczenie dziecka urodzonego z stopą szpotawą jedno- lub obustronną, a nie przedstawiającego żadnych innych zmian, któreby je czyniły niezdolnem do życia, powinno się rozpocząć jak najwcześniej, zatem choćby na drugi dzień po urodzeniu. Leczenie w tak wczesnym okresie polega na naprowadzaniu stopy z położenia nieprawidłowego w prawidłowe przez odpowiedni ucisk palcami. Sposób tego postępowania uwidoczniony na załączonej rycinie (z dzieła Hoffy).

Jedną ręką chwytamy przednią część stopy, drugą obejmujemy piętę i podudzie, przyciskając dużymi palcami obu rąk na najwięcej wystającą część grzbietu stopy, a więc zwyczajnie na wygiętą szyję kości skokowej i staramy się przeprowadzić stopę z addukcyi i równocześnie z supinacyi w abdukcyę i pronacyę; następnie chwyta się ręką podudzie, a dłonią drugą, ułożoną na płask, podeszwę stopy, staramy się znieść zgięcie podeszwowe i podnieść stopę tak, aby z podudziem tworzyła kąt ostry, lub przynajmniej na razie kąt prosty. W niektórych przypadkach doprowadzanie stopy do położenia prawidłowego udaje się prawie bez żadnego trudu; w innych napotykamy przy tem nawet u noworodka na znaczne trudności. W przypadkach takich nie trzeba naraz zbyt forsować, aby przez użycie za wielkiej siły nie uszkodzić delikatnych tkanek dzieciny. Na razie zadowolnić się należy taką poprawą położenia stopy, jaka bez wielkiego natężenia da się osiągnąć. Tak w jednym jak i w drugim przypadku takie prostowanie nóżki dziecka należy powtarzać kilka razy dziennie, starając się w przypadkach ciężkich, by za każdym razem przynajmniej trochę więcej zbliżyć położenie stopy do prawidłowego stanu. W ten sposób postępujemy przez kilka lub kilkanaście dni, poczem przejść można do ustalenia stopy w poprawionem położeniu zapomocą różnych przyrządów i opatrunków. Najprostszym z nich jest pasek przylepca kauczukowego, szeroki na $1\frac{1}{2}$ cnt., długi na 15—20 cnt. Pasek ten przylepia się jednym końcem na grzbiecie stopy nieco powyżej 4 palca, prowadzi się go przez grzbiet stopy naokoło podstawy palca dużego, przez podeszwę. Następnie przez naciąganie paska i ucisk palcami drugiej ręki doprowadzamy stopę do położenia prawidłowego, a nawet może więcej niż prawidłowego, t. j. tak, aby stopa stała w pronacyi, abdukcyi i zgięciu grzbietowem i teraz przylepia się resztę paska wzdłuż zewnętrznej powierzchni podudzia i zawija się stopę i podudzie miękką przepaską. Tak założony opatrunek utrzymuje stopę w należytem położeniu przez kilkanaście godzin. Następnego dnia należy opatrunek zdjąć, nóżkę wymasować, dziecko wykąpać, a po kąpieli założyć znów taki sam opatrunek. Z doświadczenia mego mogę powiedzieć, że plaster kauczukowy, tym sposobem zastósowany, nawet u 2—3 tygodniowych dzieci nie drażni skóry i można go stósować przez czas długi. Gdyby jednak z jakich bądź powodów sposobu tego nie dało się użyć, natenczas można go zastąpić szynami różnego gatunku. A d a m s stósował szynę prostą, ułożoną na zewnętrznej stronie podudzia, sięgającą od kolan na kilka centym. powyżej palców i do szyny tej przyciągał stopę zapomocą opasek (patrz *(Figura 6)*. Sposób ten ma tę ujemną stronę, iż przy jego stósowaniu można tylko bardzo mało działać na zniesienie supinacyi i zgięcia podeszwowego. Odpowiedniejszą wydaje mi się szyna K ö n i g a. Z plastycznego filcu, nie bardzo grubego, wycina się formę według wzoru, kończynę dziecka owija się dość grubą opaską flanelową, a rozmiękczywszy przygotowaną formę przez zanurzenie w gorącej wodzie, lub, co lepiej, w cieple suchem, przystosowuje się do sprostowanej nóżki dziecka. Załączona rycina *(Fig. 7)* posłużyć może najlepiej jako objaśnienie sposobu przygotowania i zakładania tej szyny. Jeszcze prostszą jest a równie dobre usługi oddaje szyna K ö l l i k e r a. W celu sporządzenia jej potrzebny jest pasek gutaperkowy, szeroki na 4, długi na 20—25 cnt. Pasek ten rozmiękcza się w ciepłej wodzie i modeluje się na stopie (którą asystent utrzymuje w położeniu mocno sprostowanem), układając go tak, jak to podałem wyżej przy opisie opatrunku plastrowego i, dopóki



(Fig. 6).

jeszcze jest miękki, przytwierdza się go do stopy zapomocą opaski. Stopę należy tak długo trzymać rękami w położeniu sprostowanem, dopóki gutaperka zupełnie nie stwardnieje, poczem opatrunek się zdejmuje, a uzyskany z gutaperki model służy jako wzór na szynę z blachy stalowej; szynę tę wyłożyć trzeba grubo miękkim filcem. Zakłada się ją w ten



(Fig. 7).

sposób, że najpierw wsuwa się stopę dziecka w kabłąk szyny, a przez następowe przyciąganie jej pionowej części do podudzia naprowadza się stopę do takiego położenia, w jakiem znajdowała się w chwili formowania modela szyny. Zamiast tej szyny, której sporządzenie wymaga dużo zachodu, używałem w moim szpitalu z dobrym skutkiem szyny podobnej, lecz zrobionej z celulozy grubej na 3—4 milim. Pasek z takiego materyału, zanurzony w wrzącej wodzie, staje się zupełnie plastyczny, da się bardzo dobrze przystósować do nogi, którą założony poprzednio opatrunek plastrowy utrzymuje w żądanem położeniu, a po stwardnieniu służy wprost jako szyna, jest bowiem dość twardy, nie poddaje się pod naciskiem stopy dziecka, a przytem tak gładki, że nie potrzebuje, prócz warstwy opaski z cienkiej flaneli, żadnego innego wyścielania, da się więc czysto utrzymać i naturalnie nie nasiąka moczem, rzecz dla dzieci małych także wielkiej wagi. Podobnie działa także szyna podana przez Beelyego, którą z korzyścią stósowałem kilkanaście razy u dzieci co-



(Fig. 8).

kolwiek starszych, od 6 do 10 miesięcy liczących. Szyna ta składa się z części podeszwowej, opatrzonej po swej stronie wewnętrznej wystającemi pod kątem prostym nasadkami, które mają służyć jako podpora dla palca dużego i pięty i połączona z silną lecz nieco giętką szyną stalową, biegnącą po zewnętrznej stronie podudzia. Do części stopowej szyny przymocowuje się stopę dziecka zapomocą opaski lub pasków przylepca i ustala się ją w żądanem położeniu przez przyciągnięcie odpowiednich śrub. W celu łatwiejszego zgięcia stopy jest szyna ta lekko zgięta w kolanie, służyć zatem może tylko wtedy, gdy dziecko nie chodzi. Tak kształt szyny, jak i sposób zakładania, najlepiej objaśnia załączony rysunek *(Fig. 8)*.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. **Oceny i sprawozdania.**

Lubarsch: **Nowsze przyczynki do nauki o zapaleniu.** *(Dts. med. Woch.* 1898. 32. 33. 34. 35).

Jak w wielu innych działach, tak i w nauce o zapaleniu po długim okresie, w którym nie poruszano dawno uznanych pewników, nastał obecnie okres ponownych sporów o zagadnienia, które uważano już za rozstrzygnięte. Ani jedna z zasad teoryi Cohnheima nie pozostała nietkniętą, a zawzięta walka toczy się obecnie głównie co do 3 zagadnień: 1) pochodzenie komórek w obrzęku zapalnym, 2) powstawanie błon rzekomych w zapaleniach włóknikowych i błonicowatych, 3) udział komórek wędrujących w organizacyi produktów zapalnych.

Zapatrywanie Cohnheima, że komórki wnikające w obręb zapalny są to wyłącznie ciałka białe, stanowczo dziś, zdaniem L., obalono; pod tym względem zgadzają się mniej więcej wszyscy badacze, niektórzy tylko, jak Weigert i Marchand, pragną rozmnażanie się komórek stałych oddzielić stanowczo od właściwych spraw zapalnych. W wypocinie zapalnej znajdują się: 1) uszkodzone i oddzielone (złuszczone) komórki stałe, 2) ciałka białe i komórki wędrujące, 3) młode (nowowytworzone) komórki, pochodzące z komórek stałych. Obecność komórek stałych stwierdzono oddawna w zapaleniach błon śluzowych (złuszczone przybłonki); niedawno Borst i Cornil wykazali, że to samo dzieje się w zapaleniach błon surowiczych: śródbłonki po części obumierają i łuszczą się, po części uwalniają się, dostają do wypociny i tam mnożą przez podział bezpośredni. Obok tego jednak, jak stwierdza L., wnikają w obręb zapalny i do wypociny zawsze w mniejszej lub większej ilości ciałka białe. Grawitz usiłował w ostatnich czasach, jeśli nie zupełnie zaprzeczyć udziału ciałek białych w zapaleniu, to przynajmniej zmniejszyć jego znaczenie do ostatecznych granic; opierał się on przytem na doświadczalnem zapaleniu rogówki, zwłaszcza na wszczepianiu cząstek rogówki królików do worka chłonnego żab. W rogówkach takich pojawiały się igiełkowate twory komórkowe, które Grawitz uważał za budzące się „*Schlummerzellen*“, w zwykłych warunkach niewidoczne, a nabierające życia i mnożące się dopiero pod wpływem bodźców zapalnych. Aby udowodnić, że Grawitzowskie igiełkowate twory („Spiesse“) wcale nie pochodzą z samej tkaniny rogówkowej, zabijał Senftleben cząstki rogówki ogrzaniem przez 5 minut do 50° C. i wszczepiał je do otrzewnej królików, a skoro i w tych warunkach owe twory igiełkowate się pojawiały, wnosił, że muszą one pochodzić z komórek, wnikających z otoczenia. Grawitz sam stwierdził, że tak dzieje się w rogówkach, krótko ogrzewanych lub spłukanych cienkimi rozczynami środków przeciwgnilnych; ponieważ jednak po dłuższem ogrzewaniu lub po użyciu zgęszczonego sublimatu i t. p. zjawisko to nie występowało, przeto twierdził Grawitz, że tkanka rogówki w doświadczeniach Senftlebena nie zupełnie jeszcze była zabitą, że więc wnioski jego są bezpodstawne. Wówczas Saxer, Orth, Lange i sam L. udowodnili, że różnice te nie zależą od tego, czy rogówka jeszcze

żyje lub nie, lecz od zmiany w jej porowatości, którą wyższa ciepłota i silniejsze roztwory sublimatu i t. d, zupełnie znosi, stawiając w ten sposób nieprzezwyciężoną przeszkodę dla wnikania komórek z otoczenia. W szczególności wykazuje L. zapomocą bardzo urozmaiconych doświadczeń, że rogówki, wyjęte ze zwierząt nieżywych, ogrzewane i opłukane cienkimi roztworami środków przeciwgnilnych, są stanowczo zabite, wbrew temu, co twierdzi Grawitz; że nawet w takich rogówkach, które sam Grawitz uważa za stanowczo obumarłe, można w pewnych warunkach wywołać powstawanie igiełkowatych tworów komórkowych; że utrudniając w odpowiedni sposób wędrówkę komórek, nie otrzymuje się nawet w zupełnie świeżych i nieuszkodzonych rogówkach, zaszczepionych do worka chłonnego żab, ani śladu tworów igiełkowatych. Wynika z tego, że pojawiające się w doświadczalnem zapaleniu rogówki igiełkowate twory należy odnosić przynajmniej w największej części do wnikania komórek wędrujących, nie zaś do podziału lub tworzenia się komórek z samej tkaniny rogówki. Nie znaczy to, aby te komórki wędrujące były wyłącznie ciałkami białemi; mogą one również zawdzięczać swój początek podziałowi komórek stałych, tkanin otaczających ognisko zapalne. W każdym razie jednakże w bardzo wielu zapaleniach na pierwszym planie stoi wnikanie komórek wędrujących z krwi i tkanin.

(Dokończenie nastąpi).

V. Wyciągi.

R. Kreutz. **Bakteryologia zapalenia miedniczek nerkowych.** *(W. klin. Woch.* 41. 1898.) Autor przytacza przypadek zapalenia miedniczek nerkowych z obfitem wydzielaniem moczu (polyuria), spostrzegany na oddziale Doc. Schnitzlera. W osadzie moczu znalazł K. w ciałkach ropy i poza niemi prątki, nieróżniące się niczem (nawet w hodowlach) od prątków, cechujących grypę (Pfeiffer). Niedostateczne wywiady i przebieg kliniczny nie wyjaśniają, czy znalezione drobnoustroje były przyczyną choroby, na co autor również nie odważa się odpowiedzieć; ogłasza jednak niniejszy przypadek dla zwrócenia uwagi i w celu pobudzenia do dalszych poszukiwań. *F. K.*

Chantemesse i Ramond. **Nagminne porażenie wstępujące u obłąkanych, przypominające beriberi.** *(Annales de l' Institut Pasteur.* 9. 1898.) Od maja do października 1897 panowała w zakładzie obłąkanych w Sainte-Gemmes-sur-Loire nieznana, lub przynajmniej mało dotąd znana choroba nagminna, na którą zapadło 150, a zmarło około 40 stałych mieszkańców zakładu. Pierwszym jej objawem był twardy, nieustępujący pod palcem obrzęk tkanki podskórnej, posuwający się od stóp coraz dalej ku górze; równocześnie pojawiało się znaczne przyspieszenie i niemiarowość tętna bez widocznej gorączki, nudności, wymioty bez utraty łaknienia, bóle w krzyżach i t. d., a chorzy, chociaż mogli jeszcze stać i chodzić, objawiali pewien bezład ruchów kończyn dolnych; odruchy ścięgniste słabły. Na odkrytych częściach ciała pojawiało się brunatne zabarwienie skóry. Jeżeli w tym okresie nie następowało polepszenie, prowadzące do wyzdrowienia, wówczas mniejwięcej szybko rozwijały się porażenia kończyn dolnych, zniesienie odruchów kolanowych, później porażenie zwieraczów, kończyn górnych, wreszcie przepony i śmierć wśród objawów opuszkowych. W parze z porażeniami szły rozległe i znaczne zaniki mięśni, dotyczące głównie mm. wyprostnych, połączone z bólami samoistnymi i za uciskiem, zaburzenia czucia w postaci znieczuleń lub przeczulicy, zaburzenia naczynioruchowe. Dno oka pozostawało prawidłowe. Na grzbiecie rąk występowały zmiany, przypominające żywo pellagrę. Jednakże choroba spostrzegana przez Ch. i R. nie jest pellagrą, brak jej bowiem zarówno właściwej etyologii jak znamiennych zmian umysłowych (stan umysłowy dotkniętych nie obłąkanych wcale się nie zmieniał), wzmożenia odruchów ścięgnistych i t. d.; nie jest również akrodynią, która wystąpiła w Paryżu nagminnie w r. 1828, a która przedstawia wprawdzie wiele podobnych, lecz zupełnie inaczej ugrupowanych objawów. Natomiast przypomina choroba, opisana przez Ch. i R. żywo podobną zarazę, panującą w tym samym zakładzie w r. 1855 — 1865, oraz cierpienie, które zdziesiątkowało ludność zakładów obłąkanych w Dublinie w latach 1894, 1896 i 1897, oraz w Tusculoosa w Ameryce w r. 1896. Wszystkie zaś te zarazy posiadają nadzwyczaj wiele wspólnych cech z „beriberi“, zabójczą zarazą dalekiego wschodu, polegającą anatomicznie na rozsianem zapaleniu nerwów obwodowych. Ch. i R. przekonali się, że i w Saint.-Gemmes także właśnie rozsiane zapalenie nerwów było częścią anatomicznego tła objawów chorobowych; obok tego jednak znaleźli oni zmiany w komórkach rogów przednich rdzenia w postaci rozmaitego rodzaju zwyrodnień protoplazmy komórkowej i jądra. Oprócz tego znajdowano przy sekcyi stale obrzęk ostry śledziony. — Z przebiegu klinicznego i obrazu sekcyjnego wnosząc, należało uważać sprawę chorobową, spostrzeganą przez Ch. i R. za zakaźną i zaraźliwą; istotnie badanie bakteryologiczne wykryło w krwi i narządach wewnętrznych zmarłych na tę chorobę, stałą obecność krótkich przeważnie, rzadko dłuższych (4-8 u) prątków, odbarwiających się sposobem Grama, rosnących łatwo na zwykłych pożywkach, rozpuszczających żelatynę, ścinających szybko mleko i t. d. Obok tego znalazły się w zwłokach duże paciorkowce, barwiące się sposobem Grama, chorobotwórcze wprawdzie dla zwierząt, lecz nie wywołujące nigdy objawów nerwowych; natomiast wykryte prątki wytwarzały u zwierząt dokładnie tensam obraz porażenia wstępującego, jaki spostrzegano u ludzi; po śmierci nie znajdowano wprawdzie u tych zwierząt zmian w nerwach obwodowych, lecz istniały bardzo wybitne zmiany w komórkach istoty szarej rdzenia; tosamo działanie wywierały oddzielone jady tych prątków. Droga, jaką prątki te dostają się do ustroju i przyczyna wybuchu choroby, którą dotknięci byli tylko obłąkani, a nikt ze służby, jest ciemną; może być, że prątki dostają się do ustroju z wodą, ale wywierają wtedy tylko szkodliwe działanie, gdy ustrój wskutek złego żywienia mniej jest na zgubne wpływy odporny. Podobnie rzecz się ma i w beriberi, które zwykle oszczędza dobrze żywiących się białych, a dziesiątkuje ludność kolorową, żyjącą w złych warunkach higienicznych; podobne zjawisko spostrzega się również w epidemiach duru osutkowego. Ogólne przepisy higieniczne, w szczególności dobre pożywienie, zapobiedz mogą dostatecznie wybuchom choroby, podobnej do opisanej przez Ch. i R.; wobec prawdopodobieństwa, że choroba jest zaraźliwą, należy chorych odosobnić i dbać o dokładne przeprowadzenie odkażania. Odpowiedniego leczenia dotąd nie znamy. *Doc. Ciechanowski*

Rothberger: **Rozpoznawanie drobnoustrojów zapomocą barwnych pożywek.** *(Ctblt. f. Bact.* XXIV. 14. 1898). Oddziaływanie rozmaitych drobnoustrojów na pożywki, zabarwione różnemi barwami, dotychczas mało zbadane, może posłużyć z jednej strony do lepszego określenia biologicznych własności poszczególnych gatunków bakteryj, z drugiej zaś do bardzo nieraz ważnego rozpoznania różniczkowego. Rś zapowiadając cały szereg doświadczeń, zawiadamia na razie o rozróżnianiu prątka durowego od prątka okrężnicowego (bact. coli) zapomocą szczepienia na agarze, który zabarwiono tzw. „Neutralroth“ lub też safraniną. Czerwień obojętna („Neutralroth“) w roztworze zgęszczonym ma kolor brunatnoczerwony, prześwieca i nie okazuje fluorescencyi; hodowla durowa nie zmienia tych własności barwika w dobę po zaszczepieniu; natomiast pod wpływem prątka okrężnicowego barwik po upływie tego czasu blednie i nabywa bardzo silnej fluorescencyi. — Te znamienne różnice stwierdził R. na 4 hodowlach prątka durowego i 20 okrężnicowego rozmaitego pochodzenia. Odczyn z czerwienią obojętną jest dla prątka okrężnicowego swoistym; nie dają go bowiem nie tylko prątek durowy, ale również żaden z ważniejszych drobnoustrojów chorobotwórczych, (jako to: gronkowce,

przecinkowiec cholery i jego pokrewne, prątek twardzieli, błoniczy i t. d.) — Odczyn Rothbergera nie da się zastosować bezpośrednio do badania kału durowego, gdyż występuje zawsze w każdym kale, w którym znajduje się prątek okrężnicowy i nie zaciera się nawet wówczas, gdy ilość prątka durowego sześciokrotnie przeważa nad ilością prątka okrężnicowego. — Na safraninę wpływa prątek okrężnicowy redukująco, przyczem ją odbarwia; odczyn ten, nie pojawiający się wobec prątka durowego, nie jest jednak dla prątka okreżnicowego swoistym, ponieważ dają go także prątek Friedlaendera i prątek twardzieli. *Doc. Ciechanowski.*

Dr. A. Koppen (Norden) **Bologninyego objaw odry.** *(Centralblatt für innere Medicin* Nr. 26 1898). Ułożywszy na brzuchu chorego dłonie napłask, z nienapiętymi mięśniami brzusznymi i wykonując końcami palców lekki na niego ucisk, otrzymamy wrażenie trzeszczenia, jak przy odmie skórnej, powstałe wskutek silnego wypełnienia jelit gazami, Objaw ten, występujący przed okazaniem się wysypki odrowej, jest w związku z nierzadko występującemi biegunkami w przebiegu tej choroby. *Dr. Bolesław Komorowski.*

Fürstner: **Odpowiedzialność osób histerycznych.** (Doroczny zjazd psychiatrów niemieckich w Bonn 16/9 98, *Münch. med. Woch.* 98. 40). Osoby histeryczne dopuszczają się, z czynów karygodnych, najczęściej kradzieży, w połączeniu z oszustwem, fałszywem świadczeniem i t. d.; czynnikami usposobiającymi są alkoholizm, okres pokwitania i miesiączkowanie. Z histerycznych zaburzeń umysłowych wiąże się pewna gromada mniej lub więcej ściśle z napadami histerycznymi, przyczem zaburzenie świadomości może rozmaitych dochodzić stopni. Stany takie wyzwalają się pod wpływem rozmaitych czynników zewnętrznych, niekiedy wskutek pewnego rodzaju samopoddawania, co nie znaczy jednak, aby je chory mógł wywoływać dowolnie. — W czasie, rzadkich zresztą, psychicznych zwiastunów napadu zdarzać się mogą czynności automatyczne, nawet karygodne; spotyka się wówcza niekiedy częściową amnezyę. W ocenie takich przypadków ważną rolę odgrywa zbadanie stanu świadomości i t. d. Najczęściej zniesioną bywa odpowiedzialność histeryków, wskutek zaburzeń umysłowych ponapadowych; w przebiegu tych zaburzeń waha się stopień świadomości bardzo znacznie tak, że chwilami napozór pełna świadomość się pojawia, a wówczas chorzy mieszają w swoich opowiadaniach w nader napozór logicznym związku chorobowe urojenia z rzeczywistemi zdarzeniami. Tego rodzaju lżejsze zboczenia, które przed czynem karygodnym się przydarzały, mogą nawet ujść uwagi lekarza. Nie bez znaczenia są stany somnambuliczne, dalej równoważniki psychiczne napadów histerycznych z zamroczeniem świadomości

Wykazanie zwykłych napadów histerycznych, a tem bardziej „usposobienia histerycznego“ i właściwych histeryj zmian somatycznych, nietylko nie wystarcza do udowodnienia, że chorzy są nieodpowiedzialni, ale nie stanowi nawet „okoliczności łagodzących“. Zresztą te objawy mogą nieraz nie istnieć w czasie czynu i pojawiać się dopiero po uwięzieniu i naodwrót Dalszą trudność w stwierdzeniu faktów stanowi skłonność histerycznych do kłamstwa (chorobliwego); należy ją przytem odróżnić od kłamstw, popełnionych z całą świadomością. Czasem odgrywa tu rolę także brak etyczny, powstały w rozwoju histerycznej psychozy, lub nawet wrodzony; w takim razie należy bacznie śledzić, czy nie ma braków intelektualnych, których znalezienie oczywiście znacznie zmniejsza lub całkowicie znosi poczytalność i odpowiedzialność chorych.

Dla badania odpowiedzialności histerycznych nie można podać żadnych zasad ogólnych; orzeczenie musi zależeć od danego przypadku. Wobec trudności przeprowadzenia odpowiedniego dowodu trzeba zresztą nieraz ograniczyć się do podkreślenia jedynie tylko okoliczności łagodzących, pomimo, że się jest głęboko przekonanym o wpływie chorobowych psychicznych czynników przy popełnieniu karygodnego czynu. *Doc. Ciechanowski.*

Knöspel L.: **O podanym przez Koplika wczesnym objawie odry.** *(Prager Medic. Wochenschrift* NN. 41, 42, 1898). Zbytecznem jest dowodzić ważności rozpoznania odry w okresie wczesnym, t. j. wtedy gdy oddzielenie chorych zapobiegnąć może jeszcze rozszerzeniu się tej choroby zakaźnej. Do niedawna nieznaliśmy takiego objawu wczesnego, na podstawie którego możnaby odrę na pewne rozpoznać; ostatnimi czasy dopiero podał Koplik taki objaw, polegający na obecności białawo niebieskawych wyniosłości, wielkości 2—3 mm., w środku czerwonych plamek, pojawiających się na błonie śluzowej wewnętrznej strony policzka warg i dziąseł. Plamki te pojawiają się kilka dni przed wystąpieniem wysypki odrowej, giną około drugiego dnia po jej wystąpieniu, a najwyraźniejsze są 24 godzin przed pojawieniem się wysypki. Badania Kn. co do tego objawu są zupełnie zgodne z pierwotnem podaniem Koplika; u 20 dzieci, przyjętych do kliniki przed pojawieniem się wysypki, stwierdzono zawsze (najwcześniej 4 dni) owe charakterystyczne plamy. Stwierdzono też owe plamki u 43 dzieci polikliniki, a w znacznej części przypadków, o ile tylko chorzy zgłaszali się, stwierdzono później odrę. Przy pomocy tego objawu mógł K. rozpoznać odrę wczas u dziecka, które przyniesione na oddział z objawami płonicy rzeczywiście kilka dni później na odrę zapadło. Na podstawie własnego doświadczenia uważa K. plamy Koplika za najpewniejszy z wczesnych objawów odry, przy pomocy którego możemy kilka dni przed pojawieniem się wysypki odrę rozpoznać lub wykluczyć, nawet w przebiegu nieprawidłowym, lub wobec zakażenia dwoma chorobami zakaźnemi wysypkowemi.

Doc. Dr. Raczyński

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z d. 7-go listopada 1898 r.

Przewodniczący kol. prezes prof. dr. Jakubowski. Obecnych 38 członk.

Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Kol. Prezes przedstawia następujący wniosek Komitetu.

„Tow. lek. krak. wybiera do komisyi, mającej się zająć wmurowaniem tablicy pamiątkowej dla śp. Prof. Dra Alfreda Obalińskiego, kol. Trzebickyego i Rutkowskiego, którzy wspólnie z delegatami Wydziału lekarskiego zajmą się zbieraniem składek, ogłaszając odezwę w *Przeglądzie Lekarskim.* (Uchwalono jednogłośnie).

Do komisyi wyborczej na rok bieżący wybrani zostali następujący koledzy: Jako przewodniczący: kol. Prof. Dr. Przemysław Pieniążek. Jako członkowie: Koll.: Braun, Bujwid, Cercha, Ciechanowski, Domański, Filipkiewicz, Gertler, Grażyński, Korczyński Lud., Krokiewicz, Kwiatkowski, Lewkowicz, Łazarski. Łepkowski, Marcisiewicz, Murdzieński, Ponikło, Reiss. Rosner, Schöngut, Sroczyński, Surzycki, Świtalski, Wachholz.

Następnie uchwalono jednogłośnie następujący wniosek Komitetu:

»Tow. lek. krak. upoważnia swego prezesa, by wspólnie z reprezentantem Tow. przyrodników im. Kopernika, jako mężowie zaufania, poczynili przygotowawcze kroki celem zawiązania komitetu gospodarczego na przyszły Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie«.

Następnie kol. Kaczkowski objaśniał przyrząd Rontgena, nabyty przez klinikę chirurgiczną od firmy: *Reiniger, Gebert i Schall z Erlangen,* i przedstawił chorych z ciałami obcemi, ze zmianami w kościach i stawach, oraz obfity zbiór röntgenogramów przez siebie wykonanych, przyczem objaśniał sposoby umiejscawiania ciał obcych, znaczenie röntgenoskopii dla rozpoznawania złamań, zwichnięć, wad rozwojowych i spraw we wnętrzu kości się toczących, oraz dla kontroli zabiegów, zakładania ustalających opatrunków, resekcyi i osteotomii, wreszcie dla leczenia. Pod koniec wspomniał o działaniu fizyologicznem promieni Röntgena na ustrój i o teoryach działanie to tłómaczących.

Wykład kol. Rutkowskiego: »O niedrożności jelit mechanicznej« odłożono dla spóźnionej pory do następnego posiedzenia

Dr. Xawery Gorski,
sekr. doroczny.

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 15 grudnia 1898 r.

* Towarzystwo lekarskie krak. odbyło dnia 8 b. m. posiedzenie zwyczajne, na którem, po oddaniu czci śp. Janowi Harajewiczowi, odbył się odczyt Dra chemii A. Wróblewskiego: «O mleku niewieściem i krowiem w świetle nowszych badań chemicznych». W rozprawach zabierali głos kol.: Raczyński, Bujwid, Bier, Seńkowski, Gertler i prelegent.

(P.) Na posiedzeniu naukowem lekarzy szpitala św. Łazarza w d. 9 b.m., odbytem pod przewodnictwem Dyrektora szpitala

1) Dr. Boczar przedstawił kilka godnych uwagi przypadków z kliniki chorób skórnych i wenerycznych;

2) Dr. Hirsch przedstawił kilku chorych z gruźlicą stawów, leczonych wstrzykiwaniem metodycznem zawiesiny jodoformowej;

3) Dr. Sołtysik przedstawił chorego, operowanego z powodu wola przy znieczuleniu sposobem Schleicha;

4) Dr. Dziewoński przedstawił chorego, u którego po zmiażdżeniu podudzia prawego, przy postępowaniu zachowawczem, uzyskano znakomite wyniki;

5) Dr Dika przedstawił przypadki raka, leczone wstrzykiwaniem formaliny;

6) Dr. Wachtel, przedstawił przyrząd Bengego do znieczulania za pomocą anestylu.

* Dnia 6 grudnia przypadła 75-ta rocznica urodzin prof. Włodzimierza Brodowskiego. Prezes Tow. lek. krak w imieniu Towarzystwa przesłał czcigodnemu Jubilatowi wyrazy najserdeczniejszych życzeń.

* W grudniowym zeszycie «Przeglądu Weterynarskiego» znajdujemy rezygnacyę naczelnego redaktora tego czasopisma, profesora i redaktora c. k. Akademii weterynaryi we Lwowie, Dra Szpilmana. Nie ulega wątpliwości, że znakomicie redagowany ten miesięcznik zawdzięcza powodzenie swe ustępującemu redaktorowi; ubytek więc tej głównej siły jest dotkliwą stratą dla wydawnictwa. Ufać jednak należy, że dźwignięty i kierowany przez lat 13 ręką ustępującego redaktora, zachowa «Przegląd Weterynarski» jego życzliwość i że prof. Szpilman zatrzyma zwierzchni ster nad udałem dziełem długoletniej swej pracy.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiel. otrzymali: Kazimierz Bocheński i Stanisław Anatol Lewicki.

* Wydział krajowy osobnym dekretem wyraził sekundaryuszowi szpitala św. Łazarza, Dr. Adamowi Ackermanowi, opuszczającemu służbę szpitalną z powodu zamianowania go asystentem kliniki położniczo-ginekologicznej we Lwowie „zupełne uznanie za gorliwe, skuteczne i z korzyścią dla szpitala pełnienie służby sekundaryusza“.

* Dnia 3 b. m. obchodził prof. M. Pettenkofer w Monachium 80-tą rocznicę urodzin.

* Rada sanitarna egipskich wybrzeży morskich rozpisała konkurs na posadę lekarza do nadzoru sanitarnego i służby desinfekcyjnej w Suez u Źródeł Mojżesza. Roczna płaca wynosi 8000 fr. z widokami stopniowego zwiększania się do 12000 fr. Podania wnieść należy do d. 6 stycznia 1899 r. pod adresem «Prezydyum Rady sanitarnej wybrzeży morskich i kwarantany w Egipcie». Wymagane są dyplom Doktora medycyny, świadectwo praktycznych zajęć w zakresie bakteryologii, świadectwo samodzielnego doświadczenia w zakresie epidemiologii, zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia ubiegającego się, wreszcie deklaracya, że w razie nominacyi ubiegający się o posadę obejmie ją w ciągu miesiąca. (*Das österreichische Sanitätswesen Nr. 49*).

(Już po wydrukowaniu powyższej wiadomości otrzymaliśmy z Prezydyum Izby Lekarskiej dokument, w którym c. k. Namiestnictwo galicyjskie, obwieszczając przytoczony konkurs, wzywa Izbę do podania o nim wiadomości w szerszych kołach lekarskich.

W końcowym ustępie nadmienia c. k. Namiestnictwo, że «według reskryptu c. k. Ministerstwa spraw wewn. byłoby pożądanem, aby o tę posadę ubiegał się dzielny lekarz austryacki»).

— Asystenci szkół wyższych austryackich wystosowali poczęści odrębnie, poczęści zbiorowo prośbę do ministeryum oświaty o polepszenie bytu. Deputacya asystentów, która osobiście udawała się do szefów sekcyj w ministeryach oświaty i finansów, otrzymała w odpowiedzi zapewnienia, że sprawa przychylnie rozpatrzoną i w miarę możności uwzględnioną zostanie. Z tego powodu wypowiada «*Neue Freie Presse*», która pierwsza o krokach asystentów podała wiadomość, przepowiednie nader różowe; prawdziwszem jednak zdaje się być zapatrywanie «*Wiener klin. Rundschau*», która niewiele do gołosłownych obiecanek przywiązuje wagi. Przy regulacyi płac urzędniczych w Austryi pominięto jedynie asystentów uniwersytetów, politechnik i t. d. i zdaje się jednak, że mimo wszelkich starań, krzywda ta nieprędko będzie naprawioną.

— Królewskie węgierskie Towarzystwo lekarskie w Budapeszcie uchwaliło znaczną większością, po gwałtownych rozprawach, przypuszczać kobiety na członków zwyczajnych. Osobliwsza rzecz, że przeciw temu równouprawnieniu kobiet głosowali głównie młodsi członkowie towarzystwa. (*Pest. Med. chir. Presse*).

* Program prac XIII międzynarodowego Zjazdu lekarskiego obejmuje 5 działów: I) Biologia (anatomia opisowa i porównawcza, histologia, embryologia i teratologia, fizyologia, fizyka, chemia biologiczna i antropologia). II) Medycyna (patologia ogólna i doświadczalna, bakteryologia, anatomia patologiczna, patologia wewnętrzna, higiena i patologia wieku dziecięcego, terapia i farmakologia, neuropatologia, psychiatrya, dermatologia i syfilidologia). III) Chirurgia (chirurgia ogólna, chirurgia w chorobach dzieci, chirurgia dróg moczowych, oftalmologia, laryngologia, rynologia i otologia). IV) Położnictwo i ginekologia. V) Medycyna publiczna (higiena, medycyna sanitarna i epidemiologia, medycyna sądowa, medycyna i chirurgia polowa, medycyna morska i kolonialna.

Językiem urzędowym Zjazdu będzie francuski. Na posiedzeniach ogólnych i sekcyjnych, obok francuskiego będą dopuszczone języki: angielski i niemiecki.

Mianowania i odznaczenia: Nadzwyczajny profesor Fussari mianowany został profesorem zwyczajnym anatomii w Turynie.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: *w Nowinach lekarskich Nr. 12*: prof. Rydygiera: O hemoroidach (ciąg dal.). Dr. Haszkowca: Porażenie wrzekomo opuszkowe. Prof Bujwid: Kilka uwag z powodu artykułu Dr. Krokiewicza „Dwa przypadki tężca urazowego“. Dr. Krokiewicz: Odpowiedź prof. Bujwidowi. Dr. Dziembowski: Przyczynek do nauki o zatruciach pokarmami ze świata zwierzęcego. W Krytyce Lekarskiej Nr. 12: Biegańskiego Wł.: Zdrowie i choroba z biologicznego punktu widzenia. Dr. Grodeckiego Fr.: Kilka słów o projektowanych ruchomych oddziałach oftalmicznych. Zweigbauma M.: Stanisław Kondratowicz (wspomnienie pośmiertne). Kramsztyka Z.: Dr. W. Narkiewicz Jodko (wspomnienie pośmiertne). W Kronice Lekarskiej (Zeszyt 23): Dr. Bregmana L.: Przyczynek kliniczny do postępującego zaniku mięśni. *W Zdrowiu* (Zeszyt 159): Artykuł wstępny. Kowalskiego Z.: Stan zdrowia i warunki higieniczne studentów Uniwer. warsz. w świetle cyfr (dok.). *W Medycynie Nr. 50*: Dr. Rosenthalat Opis ważniejszych przypadków, operowanych w oddziale ginekologicz. szpitala starozakonnych w Warszawie 1896—1897 r. (c. d.). Dr. Ołtuszewskiego: Szósty przyczynek do nauki o zboczeniach mowy (dok.). *W Gazecie Lekarskiej Nr. 50*: Wygodskiego J.: Wyniki leczenia gorączki połogowej. Piotrowskiego J.: O leukemii i sprawach pokrewnych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie swe zwyczajne posiedzenie w dniu 21 go Grudnia, to jest we Środę, o godzinie 6-tej wieczorem w *Collegium novum* w Sali Śniadeckich.

Na porządku dziennym:
I. Sprawy administracyjne;
II. Wybory urzędników Towarzystwa na rok 1899.

Na tablicę pamiątkową dla ś. p prof. Alfreda Obalińskiego wpłynęły do dnia 14 b. m. następujące datki: Prezes Tow. Lek. krak. prof. Dr. M. Jakubowski 25 złr.; Doc. dr. Baurowicz 5 złr.; Doc. dr. Raczyński 5 złr.; starszy lekarz powiatowy, Dr. Obtułowicz, 5 złr.; lekarz miejski w Podgórzu, dr. Smorągiewicz, 5 złr.; firma Rzaca i Cimurski 5 złr.; prof. Karliński 5 złr.—**razem złr. 55.**

Dr. M. Rutkowski.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**